

# 就 诊 申 请 表

本院通过取得和利用诊疗信息，致力于提供高质量的医疗。  
为了取得和利用正确的信息，请您协助将保险证绑定个人身份卡。

请您填写以下黑格内事项

将您想挂号的科划○。		※如果您有介绍信，请提示。	
1-①・大肠肛门功能科（肛门症状・便秘等）		1-②. 严重便秘门诊	
3・泌尿器科（需要化验尿，请您先不要排小便。）		2・消化器内科	
		4・心理内科（精神压力内科）	
您以前在我院看过病吗？			
1. 有（      年      月）		2. 没有	
拼音			性 别
姓名			男 · 女
生年月日	明 大 昭 平 令 治 正 和 成 和      年      月      日（      ）岁		
地址 （短期在留者请填写本国地址）	〒      -      -      -      -		
手机号码	"      （      ）      -      -		
坐机号码	"      （      ）      -      -		
请填写您选择本院的理由。可以多项选择。			
1. 亲人朋友介绍的		6. 家附近	
2. 本院病人介绍的		7. 看好建筑物	
3. 本院职员介绍的		8. 看到医院网页	
4. 其他医院医生介绍的		9. 看到医院视频	
5. -①（报纸上看到：		10. 医院网站信息查询	
-②（电视・广播：		11. 看到广告牌	
-③（城市报纸：      ）		-①医院门前	
-④（各种杂志：		-②熊本市内	
-⑤（介绍小册子：		12. 接受本院大肠癌普查时推荐的	
-⑥（书籍：		13. 在本院主办的讲演会上听到的	
14. 在高野病院体检时知道的		15. -①在大巴上听到的	
		-②在邮局・电车站看到电子广告	
		-③其他	
请在到医院使用的交通工具上○			
1. 自己开车		3. 电车	
2. 大巴		4. 摩托车・自行车	
		5. 走步	
		6. 出租车	
		7. 电车和大巴或出租车	
		8. 其他（      ）	

※外国国籍请填写。

国籍	
母语	
使用语言	
付款方法	现金 · 信用卡 · 其他（      ）

医院工作人员填写栏 /

受付時間（      :      ）

NO.		社 社 退 退 後 国 生 自 本 家 本 家 期 保 保 費
保険者番号		公費番号
記号・番号 （枝番）	●      （      ）	受給者番号
資格取得	年      月      日	資格取得
有効期限	年      月      日	年      月      日
被保険者名		続柄
		保険証 <input type="checkbox"/> 高      1・2・3 マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 後      1・2・3

資格確認